

むすびあいシート【全期】

①基本情報

		記入日	年	月	日
ふりがな		生年月日	○年 ○月 ○日生		
氏名	○○ ○○				
保護者名	○○ ○○	性別		血液型	
住所	〒○○○-○○○○ ・ ・ 県 ・ ・ 市 ・ ・ 町 ・ ・	電話番号	XXX-XXX-XXX		
緊急 連絡先	○○ ○○〔続柄 父〕	携帯番号	XXX-XXX-XXX		
健康保険証番号	○○○○○○○○○○				
手帳	身体障害者手帳（ 種 級）		年	月	日取得
	療育手帳（A1・A2・ B1 ・B2）		年	月	日取得
	精神障害者保健福祉手帳（ 級）		年	月	日取得
自立支援医療	☐ 精神通院医療 ☐ 更生医療 ☐ 育成医療				

○家族構成

続柄	年齢	ふりがな 氏名	特記事項（学校・職場・障害疾病等）
父	○○	○○ ○○	株式会社○○
母	○○	○○ ○○	株式会社○○
妹	○	○○ ○○	○○小学校

○福祉制度

利用している 福祉制度	※利用施設、サービス内容など ○○事業所（放課後等デイサービス） ※特別児童扶養手当や障害年金など 特別児童扶養手当
----------------	---

身長	〇〇〇 cm	体重	〇〇 kg	普段の 血圧	〇〇
乳幼児健診時に フォローを受けた内容	3歳	ヶ月検診	フォロー内容（言葉の遅れ）		
	歳	ヶ月検診	フォロー内容（）		
診断・既往歴	□発達障害（）				
	□てんかん □アトピー □ぜんそく □アレルギー（）				
	□その他の疾患（）				
医療的ケア	□人工呼吸器 □気管切開 □吸引 □食事 □排泄 □その他				
	（）				
利用中の 医療機関	医療機関（〇〇精神科病院）医師名（〇〇 〇〇）				
	診察・相談内容 コミュニケーション及び共感能力について				
	服薬 注意事項（服薬のタイミングについて現在調整中）				
	医療機関名（）医師名（）				
	診察・相談内容				
	服薬 注意事項（）				
配慮して ほしいこと	内容 一度にたくさんのことを言われたら理解できなくなるので、写真カードや絵カードを交えてゆっくり説明してほしい。				
	緊急時の対応方法 常備している周知カード等を確認し、家族または相談機関に連絡。 ＊パニックになっている場合は、ケガをしないように危険な物や場所から遠ざけ、優しく避難誘導をしてください。				

出産時の様子	在胎（ ○週）体重（ ○g）身長（ ○○cm）頭囲（ ○cm）
	☐ 正常 ☐ 仮死だった ☐ 泣かなかった ☐ 保育器に入った ☐ 黄疸
	その他特記事項（ ）

生育歴	○歳 ○ヶ月	首のすわり	○歳 ○ヶ月	意味のある言葉
	○歳 ○ヶ月	歩き始め	○歳 ○ヶ月	2語をしゃべる
	○歳 ○ヶ月	人見知りする	○歳 ○ヶ月	
	○歳 ○ヶ月	指さし	○歳 ○ヶ月	
日常生活	着替え	☐ 自分でできる ☐ 援助が必要（ ）		
	食事	☐ 自分でできる ☐ 援助が必要（ ）		
	排泄	☐ 自分でできる ☐ 援助が必要（ ）		
	整容	☐ 自分でできる ☐ 援助が必要（ ）		
	感覚過敏	☐ なし ☐ あり（大きな音、生活雑音）		
	こだわり	☐ なし ☐ あり（勝ち負け）		
	社会性	☐ あり ☐ なし（ ）		
	その他			